

Sistema de salud: Australia

El sistema de salud australiano tiene como objetivo proporcionar a todos los australianos, independientemente de sus circunstancias personales, acceso a la atención sanitaria a un costo asequible (o sin costo alguno).

En el marco de un sistema federal de gobierno, Australia cuenta con un gobierno nacional o central, seis estados y dos territorios. Es el gobierno central quien administra la política nacional de salud, mientras los gobiernos locales de cada Estado y territorio son los responsables de entregar las prestaciones y gestionar los servicios públicos de salud.

A la base del sistema financiado por el gobierno australiano, se encuentra **Medicare**, principal plan de salud que provee de acceso universal en salud para todos los ciudadanos australianos y residentes permanentes, subsidiando la mayoría de los costos médicos.

Existe un fuerte sector de atención médica primaria, donde los médicos de cabecera cumplen un rol de "entrada al sistema de salud", ya que solo con su referencia Medicare cubrirá la atención de especialista (tanto médico, psicológico como psicosocial). Sin embargo, luego hay libre elección para el proveedor de la atención, sin necesidad de inscripción ni restricciones de ningún tipo.

Todas las prestaciones que cubre el servicio de salud, están incluidas en el *Medicare Benefits Schedule Book (MBS)*, donde se establece una tarifa por cada insumo o servicio cubierto por **Medicare**, para lo cual el Gobierno paga un reembolso fijo.

Medicare cubre el 100% de la atención en hospital público y en

cuidados médicos generales, en el caso de una atención otorgada por un especialista, Medicare cubre hasta un 85% de la tarifa, de acuerdo a lo establecido en el MBS. Sumado a este, se ha desarrollado un programa de beneficio farmacológico, también financiado por el gobierno federal y subsidia 600 drogas en 1.500 formulaciones farmacológicas, lo que corresponde al 90% de todas las recetas en Australia.

El Medicare Australia se financia principalmente con fondos públicos, sumado a una tasa específica de impuesto sobre la renta que aporta cada australiano (2% sueldo imponible para calcular el aporte en salud).

Complementando el sistema público, se ha desarrollado una oferta de fondos privados de seguro de salud, cuyo objetivo principal es descongestionar el sistema público y cubrir aquellas prestaciones que no están cubiertas por **Medicare**.

Los seguros privados pueden ser contratados en base a planes hospitalarios y a políticas generales de tratamiento. Los primeros otorgan la libre elección y la posibilidad de ingreso en fechas acordadas por el paciente (en hospital público o privado), mientras las políticas generales de tratamiento dan acceso a determinadas prestaciones que son de interés del asegurado, como son prestaciones para enfermedades crónicas así como también Servicios obstétricos y de reproducción asistida. La mayoría de los seguros ofrecen paquetes con prestaciones combinadas, siendo más caros aquellos planes que ofrecen mayor cobertura.

En total, el gasto en salud pública y privada alcanza el 9% del PIB de Australia.

El presente documento responde a una solicitud parlamentaria del Congreso Nacional, conforme a sus orientaciones y particulares requerimientos. Por consiguiente, tanto la temática abordada como sus contenidos están determinados por los parámetros de análisis acordados y por el plazo de entrega convenido. Su objeto fundamental no es el debate académico, si bien su elaboración observó los criterios de validez, confiabilidad, neutralidad y oportunidad en la entrega.

María Pilar Lampert Grassi

Psicóloga de la Universidad de Valparaíso y Master in Arts in Women's Studies, Lancaster University, UK
E-mail: mlampert@bcn.cl
Tel.: (56)322263901-(56)22701792

Tabla de contenido

Introducción.....	2
I. Aspectos generales del sistema de salud.....	2
II. Los distintos subsistemas de salud.....	3
1. Subsistema público.....	3
a. Cobertura de Medicare.....	4
b. Medicare Safety Net.....	5
c. Política Nacional para la Salud de las Mujeres.....	¡Error! Marcador no definido.
2. Subsistema privado.....	6
a. Seguro en salud.....	7
b. Cobertura del sistema privado.....	7
c. Sistema de planes.....	8
Referencias.....	10

Introducción

El documento explica el sistema de salud australiano, comenzando con aspectos generales de este, para luego avanzar hacia cómo funciona el sistema público de base (Medicare), sus políticas, programas y financiamiento. A continuación se explica el sistema privado, sus planes tanto hospitalarios como médicos y su relación con el sistema público.

I. Aspectos generales del sistema de salud

Según el *Health, Education and Training Institute (HETI)*, el sistema de salud australiano tiene como objetivo proporcionar a todos los australianos, independientemente de sus circunstancias personales, acceso a la atención sanitaria a un costo asequible (o sin costo alguno), permitiendo la elección mediante una participación del sector privado, en la entrega de servicios y en el financiamiento.

En el marco de un sistema federal de gobierno con un gobierno nacional

(Commonwealth), seis estados y dos territorios¹, es el gobierno central quien gestiona el sistema de salud, otorgándole un rol fundamental al Ministerio de Servicios Humanos de Australia (*Department of Human Services*) quien actúa en nombre del Ministerio de Salud, en base al *Human Services Legislation Amendment Act 2011*.

En términos de financiamiento, el 43% del gasto total es realizado por el gobierno nacional, y el 25% a través de otros niveles de gobierno. Esto le da al gobierno central un papel dominante en la formulación de políticas públicas en salud (*The Commonwealth Fund, 2017*).

Si bien los estados federados y los gobiernos locales dependen de los recursos económicos y de los lineamientos de política pública que le entregue el gobierno central, estos son los principales responsables de entregar las prestaciones y gestionar los servicios públicos de salud. Siendo un sistema de salud de provisión mixta, con proveedores de servicios de salud del sector público y privado, los estados y gobiernos locales, además de la gestión del sistema público, deben mantener relación directa con los proveedores de atención médica, incluyendo la regulación de los profesionales y de los hospitales privados (*Health, Education and Training Institute, 2017*).

A la base del sistema financiado por el gobierno australiano se encuentra **Medicare**, principal plan de salud que provee de acceso universal en salud a todos los ciudadanos australianos y residentes permanentes, subsidiando la mayoría de los costos médicos.

¹ En Australia los territorios y los Estados funcionan de manera similar, con parlamentos propios. Solo hay diferencias en las leyes en que el gobierno central tiene la potestad de intervenir (sección 51 de la Constitución australiana).

Sumado a este se ha desarrollado un programa de beneficio farmacológico, también financiado por el gobierno federal y que subsidia **una considerable gama de fármacos**.

Complementando el sistema público, se ha desarrollado una oferta de fondos privados de seguro de salud. En la actualidad en Australia hay una variada oferta de “*Private health insurance funds*”, aunque el grueso del mercado está cubierto por 4 fondos, los que están altamente regulados (*The Commonwealth Fund, 2017*).

También existen planes específicamente diseñados para algunas poblaciones en particular, como son los veteranos de las fuerzas armadas australianas y para los pueblos originarios.

El Medicare Australia se financia principalmente con fondos públicos, sumado a un impuesto a la renta destinado a salud (2% de la renta imponible) y un copago, de un 17%. En total, el gasto en salud se constituye en el 9% del PIB de Australia. (*The Commonwealth Fund, 2017*).

II. Los distintos subsistemas de salud

1. Subsistema público

Según da cuenta el *Department of Human Services*, el sistema universal de atención de salud de Australia está financiado principalmente por **Medicare**, el que financia una gran parte del costo de los servicios de salud, incluidos los de los hospitales tanto públicos como privados. (*Health, Education and Training Institute, 2017*).

Los hospitales públicos son de propiedad del Estado y son operados por los gobiernos estatales y territoriales, que también ofrecen una variedad de servicios en salud mental, dental, promoción de la salud, salud escolar y programas de salud

comunitaria (*The Commonwealth Fund, 2017*).

En virtud de los acuerdos de financiamiento con el Commonwealth, todos los australianos inscritos en Medicare tienen derecho a tratamiento gratuito como “paciente público” en un hospital público, esto significa que tendrá un médico tratante asignado por el hospital así como una fecha de atención acorde a la urgencia médica del paciente, su patología y la disponibilidad de médicos (*Medicare, 2017*).

En general, los departamentos de emergencia se encuentran en todos los hospitales públicos, mientras que la formación profesional, los programas de educación y la investigación se encuentran en los grandes hospitales públicos, que también tienden a tratar casos más complejos (*The Commonwealth Fund, 2017*).

Existe un fuerte sector de atención médica primaria, y los médicos de cabecera (*general practitioners*) cumplen una función de “puerta de entrada al sistema”, es decir, el tratamiento de especialistas será cubierto por **Medicare** solo con una referencia de un médico de cabecera. Sin embargo, luego hay libre elección para el proveedor de la atención, sin necesidad de inscripción ni restricciones de ningún tipo (*The Commonwealth Fund, 2017*).

Todas las prestaciones que cubre el servicio de salud, están incluidas en el *Medicare Benefits Schedule Book (MBS)*, donde se establece una tarifa por cada insumo o servicio cubierto por Medicare, para lo cual el Gobierno paga un reembolso fijo (*The Commonwealth fund, 2017*).

El MBS se basa en el *Health Insurance Act 1973* y es actualizado periódicamente por el *Department of Health*. La última versión del *Medicare Benefits Schedule Book* está vigente desde octubre del 2017 (*Medicare Benefits Schedule Book, 2017*).

Las prestaciones nuevas que se van agregando a los MBS generalmente se evalúan en cuanto a seguridad, eficacia y costo -efectividad de estas, y el financiamiento público de estas nuevas prestaciones se basan en las recomendaciones de un comité independiente (*The Commonwealth Fund, 2017*).

Hasta hace poco, los pagos de MBS estaban limitados a los servicios prestados por médicos, pero ahora también están disponibles en circunstancias definidas para pacientes que usan servicios de enfermería, psicología, odontología y otros servicios de salud. Sin embargo, para que se encuentre cubierto el beneficio estos servicios deben ser entregados como parte de un “programa de cuidado” (*planned program of care*), y específicamente solicitado por el médico de cabecera del paciente (*The Commonwealth Fund, 2017*).

a. Cobertura de Medicare

El sistema de Medicare tiene tres partes: hospital, gastos médicos y farmacia (*Private health Insurance Ombudsman, 2017*).

1. Hospital

Contempla el 100% de cobertura en condición de “paciente público” en un hospital público, por un médico designado por el hospital y en la fecha que el hospital determine.

Medicare no cubre:

- ✓ Costos de hospitalización de pacientes privados (por ejemplo, gastos de quirófano o día cama).
- ✓ Tratamientos de fertilidad asistida.
- ✓ Gastos médicos y hospitalarios incurridos en el extranjero.
- ✓ Servicios médicos y hospitalarios que no sean clínicamente necesarios o cirugía exclusivamente por razones estéticas.
- ✓ Servicios de ambulancia.

- ✓ Gastos médicos.

Para estos casos, si el médico factura directamente a **Medicare** (sistema llamado de *bulk billed*) el paciente no tendrá que pagar nada, ya que el médico acepta el beneficio de Medicare como pago total de sus servicios. En otros casos, el médico envía la cuenta directamente al paciente y es este el encargado de pagar y luego recuperar el dinero que corresponde desde Medicare (*sistema llamado patient account*).

Hay veces en que el costo del médico es mayor que la tarifa establecida por el MBS para el servicio, esta diferencia se llama “*Payment gap*” y debe ser cubierta por el paciente.

2. Gastos médicos

El medicare cubre el 100% de la tarifa del MBS para un médico general y 85% de la tarifa del MBS para un especialista, en atención ambulatoria.

En particular, Medicare proporciona beneficios para:

- ✓ honorarios de consulta para médicos, incluyendo especialistas.
- ✓ Test y exámenes médicos necesarios para el tratamiento de enfermedades, como rayos X y pruebas de patología.
- ✓ Pruebas oculares realizadas por optometristas.
- ✓ La mayoría de los procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos terapéuticos realizados por los médicos.
- ✓ Algunos procedimientos quirúrgicos realizados por dentistas certificados.
- ✓ Algunas prestaciones bajo el programa para el tratamiento de labio leporino y paladar hendido.
- ✓ Prestaciones que son parte del Plan de Manejo de Enfermedades Crónicas.

Medicare no cubre:

- ✓ Servicios de ambulancia.

- ✓ La mayoría de los exámenes y tratamientos dentales.
- ✓ La mayoría de la fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, terapia ocular, servicios quiroprácticos, servicios de podología o psicología.
- ✓ Gafas y lentes de contacto.
- ✓ Audífonos y otros aparatos.
- ✓ Enfermería a domicilio.

Alrededor de un 70% de todos los servicios médicos son “*bulk billed*”, esto significa que **Medicare** se hace cargo del costo sin copago. Para el caso de la atención primaria el 80% de las atenciones son “*bulk billed*”, aunque varía según la especialidad (*The Commonwealth Fund, 2017*).

3. Farmacia

Bajo el Plan de Beneficios Farmacéuticos (PBS) se paga sólo una parte del costo de la mayoría de los medicamentos recetados y comprados en las farmacias. El resto del costo está cubierto por el PBS y por tanto subsidiado por el Estado (Se debe presentar la tarjeta de Medicare para obtener este beneficio).

En la actualidad el PBS cubre 600 drogas en 1.500 formulaciones farmacéuticas, lo que corresponde al 90% de todas las recetas en Australia. Los pacientes pagan un copago establecido, independientemente del costo del medicamento que reciben (*The Commonwealth Fund, 2017*).

Para mantener un límite en los gastos farmacológicos, existe una negociación directa sobre el precio entre el Gobierno y las empresas farmacéuticas. Además, todos los nuevos fármacos agregados al PBS deben ser recomendados para ser listados por un comité independiente, el Comité Asesor de Beneficios Farmacéuticos (PBAC), basado en una evaluación de seguridad, efectividad y costo-efectividad. Australia fue el primer país en introducir un requisito obligatorio para la eficacia comparativa y la evaluación económica (*The Commonwealth fund, 2017*).

b. Medicare Safety Net

Para ayudar con los costos en salud a aquellos que incurren en costos médicos más altos de lo normal, se han establecido redes de seguridad de Medicare (*Medicare Safety Net*). Estos proporcionan a las personas solteras y a las familias un reembolso adicional cuando se alcanza un umbral anual (determinado en base al año calendario) para los servicios extrahospitalarios de Medicare.

Hay dos redes de seguridad:

- ✓ **Red de seguridad original de Medicare².**

En el marco de la red de seguridad original de **Medicare** (OMSN), una vez que una persona alcanza un umbral anual de gasto en servicios médicos extrahospitalario, que para el año 2017 es de \$453,2^{3 4}, el reembolso de Medicare se incrementa a un 100% de la tarifa fijada por el MBS.

- ✓ **Red de seguridad extendida de Medicare⁵.**

La red de seguridad extendida de Medicare (EMSN, por sus siglas en inglés) se introdujo por primera vez en marzo de 2004, entregando un beneficio extra a determinadas personas y familias quienes tienen altos costos en copagos médicos.

Una vez que se alcanza un umbral anual en los copagos de los servicios extrahospitalarios de Medicare, este paga

² Department of Human Services. Original Medicare Safety Net (OMSN). Disponible en: <https://www.humanservices.gov.au/individuals/enablers/wh-o-medicare-safety-net#a1>

³ Todas las cifras están en dólares australianos

⁴ 2017 table of Medicare Safety Net thresholds. Información disponible en: <https://www.humanservices.gov.au/individuals/enablers/2017-table-medicare-safety-net-thresholds>

⁵ Department of Human Services. Extended Medicare Safety Net (EMSN). Disponible en: <https://www.humanservices.gov.au/individuals/enablers/wh-o-medicare-safety-net#a2>

tanto la tarifa fijada para el servicio, en el porcentaje correspondiente, más un monto para cubrir el copago, que puede ser:

- ✓ El 80% del monto del copago.
- ✓ EMSN beneficio extendido.

Se aplica siempre el monto que sea más alto. El EMSN beneficio extendido (EMSN benefit caps) son montos asociados a determinadas prestaciones y servicios a modo de disminuir el copago. Este beneficio aplica principalmente para las siguientes prestaciones y servicios⁶:

- ✓ Reproducción asistida (En código MBS 13200 a la 13251)⁷.
- ✓ Servicios obstétricos (16399 a la 16406).
- ✓ Ultrasonido en embarazo (55700 a la 55730).
- ✓ Servicios de matrona (82100 a la 82125) y (82130 a la 82140).

Para el año 2017 el umbral de gasto anual está fijado en \$656,3⁸ dólares australianos para aquellas familias que tienen beneficios tributarios (*Family Tax Benefit Part A*) y \$2.056,3, para familias que no tienen dichos beneficios.

2. Subsistema privado

Desde 1996, ha habido incentivos desde el Estado para alentar la compra de seguros privados, y así descongestionar el sistema público de salud, mientras por otra parte se castiga el no participar del sistema privado.

Así se estableció un descuento del 30% en las primas de seguros privados, reduciendo efectivamente el costo. Mientras por otra parte, el Estado aumenta la tasa impositiva sobre la renta para los mayores ingresos, que no tomen cobertura privada (*Medicare levy surcharge*). (*The Commonwealth Fund, 2017*).

Del mismo modo, desde el año 2000, ha habido un incentivo financiero para comprar un seguro privado antes de los 30 años. Con el *Lifetime Health Cover*, el gobierno busca alentar a las personas a contratar un seguro hospitalario a una edad más temprana y mantener su cobertura. (*The Commonwealth Fund, 2017*). En otras palabras, si no se tiene cobertura hospitalaria con un fondo de salud privado en su día base (al cumplir 30 años), cuando decida tomar cobertura hospitalaria privada más adelante en su vida, pagará un 2% de carga adicional a su prima por cada año que sea mayor de esa edad (con un tope de 70% de recargo).

Aunque el **Medicare** ofrece atención médica asequible, accesible y de alta calidad para ciudadanos y residentes permanentes, el sistema privado se ha desarrollado a modo de darle más opciones de atención a las personas y cubrir aquellas cosas que el **Medicare** no cubre (*Private health Insurance Ombudsman, 2017*).

Los pacientes que han tomado un seguro privado se benefician de los subsidios de **Medicare** para los servicios en hospitales públicos y privados, para atención médica (*Health, Education and Training Institute, 2017*) y también aquellos costos médicos por servicios ambulatorios no cubiertos por Medicare (*The Commonwealth Fund, 2017*).

En la actualidad cerca del **50% de los australianos han tomado un seguro privado** de salud, aunque los mayores usuarios del sistema privado en servicios de hospital, son los adultos mayores de

⁶ Department of Health. Extended Medicare Safety Net (EMSN) benefit caps. Disponible en: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/EMSN-extended-medicare-safety-net-EMSN-benefit-caps>

⁷ Para que existe cobertura y participación en OMSN y EMSN, la reproducción asistida debe ser derivada desde el GP. IVF Australia. Medicare Rebate. Información disponible en: <https://www.ivf.com.au/ivf-fees/ivf-and-medicare>

⁸ Department of Human Services. Payment of FTB Part A Safety Net benefits. Disponible en: <https://www.humanservices.gov.au/individuals/enablers/extended-family-tax-benefit-part-medicare-safety-net-threshold>

entre 60 y 79 años y las mujeres de entre 20 y 30 quienes lo usan para cuidado maternal⁹.

a. Seguro en salud

Como puede apreciarse en la tabla N° 1, existen seis categorías de membresía que brindan cobertura para individuos y diferentes grupos familiares (*Private health Insurance Ombudsman, 2017*):

Tabla N°1: Categorías de membresía en seguros privados

Categoría	Número de personas cubiertas
Soltero	1 adulto
Pareja	2 adultos
Familia	2 adultos y dependiente (s) (niño hasta 18 años o estudiante hasta 24 años)
Familia con un jefe de hogar	1 adulto y dependiente (s) (niño hasta 18 años y/o estudiante hasta 24 años)
Familia extendida con un jefe de hogar	1 adulto y dependiente (s) (niño hasta 18 años, estudiante hasta 24 años y/o un joven dependiente)
Familia extendida	2 adultos y dependiente (s) (niño hasta 18 años, estudiante hasta 24 años y/o un joven dependiente)
Solo niños	Solo dependientes (sin adultos)

Fuente: Private health Insurance Ombudsman

Algunos fondos exigen relación familiar sanguínea o porque hay una relación de pareja.

b. Cobertura del sistema privado

El sistema de salud privado cubre una serie de servicios en hospital, servicios médicos, farmacia y ambulancia que el Medicare no cubre, entre esos se

encuentran (*Private health Insurance Ombudsman, 2017*):

- **Hospital**

Se puede optar por ser tratado como un paciente privado en un hospital público, mediante un copago. Los pacientes privados tienen la opción de libre elección, es decir, el paciente selecciona el médico que es responsable de su cuidado. En la práctica, estos son los mismos médicos del “paciente público”, pero el médico cobra directamente al “paciente privado” por su atención médica. (*The Commonwealth Fund, 2017*). También el paciente asegurado en el sistema privado tiene acceso al hospital privado.

Si elige ser tratado como paciente privado en un hospital (público o privado), Medicare le cubrirá el 75% de la tarifa del Programa de Beneficios de Medicare (MBS) por los costos médicos asociados (*Private health Insurance Ombudsman, 2017*).

Del porcentaje restante, una parte será cubierto por la aseguradora privada, dependiendo del plan contratado y el resto en forma privada por la persona.

Este 25% restante incluye el remanente entre la tarifa fijada por el MBS, por servicios médicos y la cantidad que los médicos cobren por sobre dicha tarifa, más algunos costos de:

- ✓ Alojamiento hospitalario.
- ✓ Quirófano.
- ✓ Cuidados intensivos.
- ✓ Medicamentos, y otros insumos.
- ✓ Prótesis (implantadas quirúrgicamente).
- ✓ Exámenes.
- ✓ Cualquier honorario médico adicional.

Los seguros privados también cubren en el extranjero y aquellas prestaciones que no son clínicamente necesarias como las cirugías plásticas.

⁹ Explainer: why do Australians have private health insurance?. Información disponible en: <https://theconversation.com/explainer-why-do-australians-have-private-health-insurance-38788>

- **Servicios médicos**

En las atenciones médicas ambulatorias, Medicare le reembolsa el 100% de la tarifa MBS para un médico general y el 85% de la tarifa MBS para un especialista; esto aplica independientemente de si tiene un seguro médico privado o no (*Private health Insurance Ombudsman, 2017*).

Hay veces en que el costo del médico es mayor que la tarifa establecida por el MBS para el servicio, esta diferencia se llama "Payment gap" y debe ser cubierta por el paciente.

Sin embargo el seguro privado entrega prestaciones que **Medicare** no cubre, entre las que se encuentran:

- ✓ La mayoría de los exámenes y tratamientos dentales.
- ✓ La mayoría de los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, terapia visual, servicios de quiropráctica, podología o psicología.
- ✓ Acupuntura (a menos que sea parte de una consulta médica).
- ✓ Anteojos y lentes de contacto.
- ✓ Audífonos y otros aparatos.
- ✓ Enfermería domiciliaria.

- **Farmacia**

Se puede tomar seguro para cubrir aquellas medicinas que no están cubiertas Bajo el Plan de Beneficios Farmacéuticos (PBS).

- **Ambulancia**

Medicare no cubre ambulancias, mientras los seguros privados puede cubrir su uso.

Además desde abril de 2007, los fondos de salud privados han podido cubrir una amplia variedad de alternativas clínicamente apropiadas al tratamiento hospitalario. Esto puede incluir el tratamiento proporcionado en su propio hogar o en clínicas comunitarias de

atención médica (conocidas como tratamiento sustitutivo de hospital), así como programas para controlar o prevenir enfermedades crónicas.

Entre las primeras se encuentran (las más comunes):

- ✓ Cuidado de heridas.
- ✓ Tratamiento intravenoso.
- ✓ Alta temprana.

Entre las segundas:

- ✓ Salud cardiovascular.
- ✓ Factores de riesgo para enfermedades crónicas.
- ✓ Gestión / educación de la diabetes
- ✓ Salud mental.
- ✓ Pérdida de peso.
- ✓ Dejar de fumar.
- ✓ Manejo del asma.
- ✓ Dolor de espalda.
- ✓ Estilo de vida saludable.

No es obligatorio que los seguros de salud ofrezcan cobertura para estos servicios, y por tanto, depende de los seguros y los planes qué servicios cubren y qué beneficios a pagan. Así, la participación en estos programas puede estar sujeta al nivel de cobertura y criterios de elegibilidad de cada persona o familia.

c. Sistema de planes

Existen dos tipos de seguro médico privado: las políticas hospitalarias y las políticas generales de tratamiento (a veces conocidas como auxiliares o extras) lo cubren para tratamiento auxiliar (por ejemplo, dental, fisioterapia) (*Private health Insurance Ombudsman, 2017*).

Entre las coberturas hospitalarias existen cuatro grupos¹⁰:

Público. Cubre los beneficios mínimos para el tratamiento solo en hospitales

¹⁰ Hospital Cover. Información disponible en: <https://www.finder.com.au/health-insurance/hospital-cover>

públicos, puede elegir médico, pero se aplican listas de espera.

Básico: cubre solo los tratamientos básicos enumerados en el Programa de beneficios de Medicare (MBS) y los beneficios generalmente son limitados.

Medio: cubre todos los servicios incluidos en básicos y más, aunque algunos tratamientos todavía están excluidos o restringidos.

Superior: cubre todos los tratamientos de MBS, con pocas o ninguna restricción o exclusión.

También es posible elegir algunos servicios de tratamiento general dependiendo del interés y necesidades de la persona o grupo familiar.

Dichos servicios harán variar el precio del seguro, ya que mientras más servicios se cubran con el seguro, mayor es el precio de la póliza. Dentro de estos se encuentran:

- ✓ Servicios relacionados a problemas cardiacos.
- ✓ Procedimientos de cataratas y lentes.
- ✓ Servicios relacionados con el embarazo y el parto.
- ✓ Servicios de reproducción asistida.
- ✓ Diálisis por insuficiencia renal crónica.
- ✓ Bandas gástricas y servicios de pérdida de peso relacionados.
- ✓ Esterilización - hombre o mujer.
- ✓ Cirugía plástica no cosmética.
- ✓ Rehabilitación.
- ✓ Servicios psiquiátricos.
- ✓ Cuidados paliativos.
- ✓ Ambulancia, incluido el transporte de emergencia.

La mayoría de los fondos de salud ofrecen políticas combinadas que brindan un paquete con servicios cubiertos tanto en hospital, como de tratamiento general.

Si está adquiriendo cobertura por primera vez o actualizando su plan, se debe presentar un período de espera antes de poder reclamar sus beneficios. El gobierno ha fijado un máximo de periodo de

carencias, el que es de 12 meses para preexistencias y para embarazos (*Private health Insurance Ombudsman, 2017*).

Las aseguradoras recomiendan buscar el programa más adecuado para las necesidades de las personas, considerando las exclusiones y restricciones de este. En particular, para los jóvenes y saludables que solo buscan lo esencial y quieren evitar o minimizar la carga de *Lifetime Health Cover*, le es ofrecida una cobertura básica o estándar en hospital¹¹.

¹¹ BUPA. Hospital Cover. Disponible en: <https://www.bupa.com.au/health-insurance/cover/hospital>

Referencias

- Australian Human Rights Commission. Face the facts: Gender Equality. Disponible en: <https://www.humanrights.gov.au/education/face-facts/face-facts-gender-equality> (octubre, 2017).
- Department of Health and Aging. Australia. (2017). Medicare Benefits Schedule Book. Disponible en: <http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/Downloads-201705> (octubre, 2017).
- Department of Health and Aging. Australia. (2014) National Male and Women's Health. Disponible en: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/national+mens+&+womens+health-1> (Octubre, 2017).
- Department of Health and Aging. Australia. (2013). National Women's Health Policy. Disponible en: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/national-womens-health-policy> (Octubre, 2017).
- Department of Health and Aging. Australia. (2011). Executive Summary. Disponible en: <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/womens-health-policy-toc~womens-health-policy-es> (Octubre, 2017).
- Department of Health and Aging. National Women's Health Policy 2010. (2010). Disponible en: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/3BC776B3C331D5EECA257BF0001A8D46/\\$File/NWHP.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/3BC776B3C331D5EECA257BF0001A8D46/$File/NWHP.pdf)(Octubre, 2017).
- Health, education and Training. The Australian Healthcare System. 2017. Disponible en: <http://www.heti.nsw.gov.au/international-medical-graduate/australian-healthcare-system/>(Octubre, 2017).
- Health Care System and Health Policy in Australia. 2017. The Commonwealth Fund. Disponible en: <http://www.commonwealthfund.org/grants-and-fellowships/fellowships/australian-american-health-policy-fellowship/health-care-system-and-health-policy-in-australia>(Octubre, 2017).
- Human Services Legislation Amendment Act 2011. Disponible en: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2011A00032> (octubre, 2017)
- Medicare. Department of Human Services. 2017. Disponible en: <https://www.humanservices.gov.au/individuals/subjects/Medicare-services>(Octubre, 2017).
- Medicare levy. Australian Taxation Office. 2017. Disponible en: <https://www.ato.gov.au/Individuals/Medicare-levy/> (Octubre, 2017).
- Private Health Insurance Act 2007. Disponible en: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2019C00126>.
- Private health Insurance Ombudsman. Health insurance explained. 2017. Disponible en: <https://www.privatehealth.gov.au/> (Octubre, 2017).
- Private Health Insurance Ombudsman. What is covered by Medicare? Australia. 2017. Disponible en: <http://www.privatehealth.gov.au/healthinsurance/whatiscovered/Medicare.htm>(Octubre, 2017).
- The Australian Health Care System. The Commonwealth Fund. Disponible en: <https://international.commonwealthfund.org/countries/australia/> (octubre, 2017)